

I3		Rev. A 06.06.12
----	--	-----------------

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN ASSISTENZA DOMICILIARE

All'attenzione della Responsabile della Centrale Operativa Ryder Italia
 Telefono : 06.5349622 - Fax 06.53273183 – email: centroscolto@ryderitalia.it

Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Età _____ Luogo e Data di nascita _____		
Stato Civile _____ Condizione lavorativa _____		
Indirizzo _____		Municipio _____
Telefono _____		ASL _____
Codice Regionale _____		

Familiare di riferimento _____		Grado di parentela _____
Indirizzo _____		Città _____
Recapiti telefonici _____		
Persone presenti in casa _____		

Ospedale /reparto _____	Data ricovero _____	Data dimiss. _____
Diagnosi _____		Data diagnosi _____
Patologie concomitanti _____		
Attuale terapia _____		
Email medico _____	Firma del medico richiedente _____	

IN CASO DI PAZIENTE ONCOLOGICO	
<ul style="list-style-type: none"> soggetto con prognosi di sopravvivenza limitata evidenziata da pregressa documentazione clinica superamento di realistiche possibilità di cura specifica chirurgica, chemio e/o radioterapia soggetto che necessita di cure palliative in regime domiciliare 	
Telefono _____	Firma del medico richiedente _____
N.B. Per la presa in carico, è necessario <u>allegare i risultati degli accertamenti più importanti della diagnosi (TAC, ECO, ecc.), eventuali esami ematochimici e la terapia in atto</u>	